

初診時 問診票

カルテNo.

Ver. 1.1

記入日：西暦 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦 年 月 日生( 歳) |
| お名前 |  |

※以下の項目は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. **お困りの症状やご相談されたい内容についてご記入ください** (例：眠れない、動悸がする)。

# 上記症状が始まったのはいつごろからですか？　　　　西暦 　　　　　年　　　　月頃から

# きっかけとなった出来事やストレスがあればご記入下さい。

1. **当てはまるものがありましたら✓をつけてください。**

□不安・緊張が強い □イライラする □食欲がない □体重減少( 　か月で kg) □食べ過ぎてしまう
□疲れやすい □ドキドキする □息苦しい □頭痛 □めまい □吐き気 □気力がない □気持ちが落ち込む □考えがまとまらない □集中力がない □楽しめない □涙が出る □人に会いたくない □暴言、暴力がある □死にたい気持ちになることがある □身体を傷つけてしまう □昔の嫌な記憶がフラッシュバックする
□電車に乗るのがつらい □嫌がらせを受けているように感じる

# 夜は眠れますか？　　□眠れる　 □寝つきが悪い 　□途中で目が覚める　 □早朝に目が覚める平均睡眠時間　　　　　　　時間くらい（　　　　　時　～　　　　時）

1. **今までに心療内科・精神科におかかりになったことはありますか？**
	* ない　　□ある

かかった順にご記入下さい(だいたいで結構です)。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 年
 | 月( | )歳～ | 年 | 月( | )歳 | 病院(通院・入院)・クリニック |
| * 年
 | 月( | )歳～ | 年 | 月( | )歳 | 病院(通院・入院)・クリニック |
| * 年
 | 月( | )歳～ | 年 | 月( | )歳 | 病院(通院・入院)・クリニック |
| * ​
 | 今も受診中： | 年 月( | )歳から | 病院・クリニック |  |

診断名は聞いていますか？ いない・いる (診断名 )

# 現在、もしくは今まで、身体のご病気にかかったことがありますか？

糖尿病 □なし □あり

心臓疾患 □なし □あり

緑内障 □なし □あり

その他 □なし □あり (病名：)

1. **現在服薬中のお薬はありますか？**

□なし □あり(薬剤名： )

# 元来の(症状が出る前の)ご自身の性格について当てはまるものに✓をつけてください。

□内向的 □社交的　□短気 □心配性　□几帳面 □おおざっぱ □協調性がある □責任感が強い
□マイペース　□頑固　□飽きっぽい　□我慢強い □その他 ( ）

# これまでの生活について伺います。

# 出生地 　　　都・道・府・県　　　 　　　　　　市・区・町・村

# 最終学歴　□中学校 □高校　□専門学校　□短大　□大学　□大学院 学校名

# 職歴　現在の仕事　 　歳頃～ 業種　　　　　 (現職中・休職中)

転職経験の有無 □なし □あり ( 回)

# 家族構成などについてうかがいます。

両親はご健在ですか？ □はい □いいえ (父 歳、 母 歳)

兄弟姉妹　□なし □あり (あなたは　　　人兄弟(姉妹)の　　　番目)

婚姻歴 □未婚 □既婚( 歳時) □離婚( 歳時) □死別( 歳時) 子供 □なし □あり( 人)

現在同居中の方( )

# 血縁のあるご家族、ご親戚で心療内科・精神科などを受診したことがある方、精神の病気にかかったことがある方、自殺で亡くなった方はいますか？

□なし □あり(ご関係： 病名など： )

# 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出た事がありますか？

□ない □あり(具体的に： )

# 嗜好品などについてうかがいます。

お酒は飲みますか？ □いいえ □機会があれば □ほぼ毎日 ( を ml/日程度)タバコは吸いますか？ □いいえ □はい (1 日あたり 本くらい)

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 □なし □あり

1. **(女性の方のみ)現在妊娠中ですか？** □はい　□いいえ　□分からない
2. **当院はどこでお知りになりましたか？**(当てはまるもの全てにチェックをお願いします)

□他の医療機関 ( ) □インターネットの検索 (Google・Yahoo・その他)

□知人の紹介 □会社や学校（含む産業医・学校医）の紹介 □その他( )

1. **当院で治療するにあたり希望することなどあれば、下記にお書き下さい。**

**ご記入ありがとうございました。**